

(申請書表面)

(申請様式第 1 号)

大阪府介護支援専門員法定研修負担軽減事業補助金交付申請書

令和 年 月 日

公益財団法人大阪 Y M C A

代表理事 小川 健一郎 あて

(申請者)

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 住所     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名前     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

大阪府介護支援専門員法定研修負担軽減事業補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|                                |                                                      |   |   |   |   |   |
|--------------------------------|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 受講した研修<br>(該当研修に☑)             | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員専門研修 (専門研修課程Ⅱ) ※現任研修 |   |   |   |   |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員更新研修 (専門研修課程Ⅱ)       |   |   |   |   |   |
| 交付申請額 (負担軽減額)<br>(研修に応じた金額を記入) |                                                      | 6 | 0 | 0 | 0 | 円 |

【申請に当たっての確認事項】 (内容をよく読んで、☑を入れてください。)

|                          |                                                                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 研修受講にあたっては、研修ルールにもとづき研修受講年度内に、全ての日程を修了することができる (修了する見込みである)。                                      |
| <input type="checkbox"/> | 大阪府内の介護サービス事業所で、介護支援専門員として就労している。又は就労予定である。<br>(介護サービス事業所等の種別は申請書裏面を参照)                           |
| <input type="checkbox"/> | 研修修了後 (研修修了日以降概ね 3 カ月以内) に、申請様式第 2 号「介護支援専門員就労証明書」及び申請様式第 3 号「口座振替依頼書」を提出することができる。                |
| <input type="checkbox"/> | ハローワークにおいて、厚生労働省「特定一般教育訓練給付金」の受給申請を行っている。若しくは、大阪府スキルアップ支援金の受給申請を行っている。                            |
| <input type="checkbox"/> | 負担軽減事業補助金申請を行うにあたって、提出する書類 (当申請書 (申請様式第 1 号及び研修修了後に提出する申請様式第 2 号並びに第 3 号を含む) に虚偽の報告がないことを誓約いたします。 |

● 大阪府介護支援専門員法定研修負担軽減事業のお知らせ

本研修は、介護支援専門員の経済的負担の軽減を図り、人材定着や確保に取り組むことを目的とした負担軽減事業の対象となります。次の要件を満たす方は、負担軽減を受けることができますので、ぜひ、お申込みください。

▼ 負担軽減の対象となる方

- ・本研修を修了すること
  - ・研修修了日から概ね3か月以内に大阪府内の介護サービス事業所等(\*)で就労すること
- \*就労先は下記のリストをご確認ください。

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| ① 指定居宅介護支援         | ⑩ 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 |
| ② 基準該当居宅介護支援       | ⑪ 看護小規模多機能型居宅介護        |
| ③ 指定介護予防支援         | ⑫ 介護予防特定施設入居者生活介護      |
| ④ 基準該当介護予防支援       | ⑬ 介護予防小規模多機能型居宅介護      |
| ⑤ 地域包括支援センター       | ⑭ 介護予防認知症対応型共同生活介護     |
| ⑥ 特定施設入居者生活介護      | ⑮ 指定介護老人福祉施設           |
| ⑦ 小規模多機能型居宅介護      | ⑯ 介護老人保健施設             |
| ⑧ 認知症対応型共同生活介護     | ⑰ 介護医療院                |
| ⑨ 地域密着型特定施設入居者生活介護 |                        |

▼ 提出書類

- ①大阪府介護支援専門員法定研修負担軽減事業補助金交付申請書(申請様式第1号)
  - ②就労証明書(申請様式第2号)
  - ③口座振替依頼書(申請様式第3号)
- ⇒②と③は研修修了日以降、概ね3か月以内に提出してください。

▼ 留意事項

- ・研修修了日以後、就労が確認できた方を対象に、負担軽減額を指定の口座に振り込みをします。(就労確認(申請様式第2号と第3号の提出確認)がとれた翌月です。)
- ・なお、研修を修了しなかった場合や、関係書類(就労証明書など)の提出期限までに提出がない場合は、申込みがなかったものとして取扱いますので、提出もれがないようご注意ください。

【参考】各研修の補助額（表面記載にあたって参考にしてください。）

| 法定研修名                | 受講料 (A)<br>テキスト代含む | 負担軽減額 (B) | 実質負担額<br>(C = A - B) |
|----------------------|--------------------|-----------|----------------------|
| 介護支援専門員更新研修（専門研修課程Ⅱ） | 30,800円            | 6,000円    | 24,800円              |

(申請様式第2号)

介護支援専門員就労証明書

令和 年 月 日

公益財団法人大阪 Y M C A

代表理事 小川 健一郎 あて

(証明者)

所在地 〒

法人名

代表者  
職・氏名

代表  
者印

下記の被雇用者が、下記のとおり介護支援専門員として就労していることを証明します。

|                  |      |    |   |   |    |   |   |   |   |  |
|------------------|------|----|---|---|----|---|---|---|---|--|
| 被<br>雇<br>用<br>者 | 住所   | 〒  |   |   |    |   |   |   |   |  |
|                  | 氏名   |    |   |   |    |   |   |   |   |  |
|                  | 生年月日 | 昭和 |   | ・ | 平成 |   | 年 | 月 | 日 |  |
|                  | 採用日  | 令和 |   |   |    | 年 | 月 | 日 |   |  |
| 法人名              |      |    |   |   |    |   |   |   |   |  |
| 事業所名             |      |    |   |   |    |   |   |   |   |  |
| 事業所番号            |      | 2  | 7 |   |    |   |   |   |   |  |
| 所在地              |      | 〒  |   |   |    |   |   |   |   |  |

|       |  |     |     |
|-------|--|-----|-----|
| 事務担当者 |  | 連絡先 | ( ) |
|-------|--|-----|-----|

※ この証明書は、研修修了日以降に作成し、有効期間は1カ月です。

※ 記載事項を訂正する場合は、二重線で削除して正しい内容を記載してください。

※ 申請様式第2号及び第3号は、研修修了日以降概ね3カ月以内に研修実施団体に申請が必要です。

【証明に当たっての注意事項】

○ 従事証明は、法人の代表者が行ってください。

○ 代表者印は、法人が登記をしている会社実印を押印してください。

(申請様式第 3 号)

口座振替依頼書

令和 年 月 日

公益財団法人大阪 Y M C A  
代表理事 小川 健一郎 あて

(申請者) 申請様式第 1 号と同じであること

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 住 所    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名 前    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

大阪府介護支援専門員法定研修負担軽減事業補助金を下記の口座に振り込んでください。  
※振込口座は申請者本人名義の口座に限ります。

|                  |                  |                    |  |  |  |  |  |  |                       |                          |    |                             |  |
|------------------|------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------|--------------------------|----|-----------------------------|--|
| 受<br>取<br>口<br>座 | 金融機関名            | 銀 行<br>信用金庫<br>( ) |  |  |  |  |  |  | 本・支店<br>本・支所<br>出 張 所 |                          |    |                             |  |
|                  | 金融機関コード          |                    |  |  |  |  |  |  | 支店番号                  |                          |    |                             |  |
|                  | 口座番号<br>(右づめで記入) |                    |  |  |  |  |  |  | 口座種別<br>(該当種別に☑)      | <input type="checkbox"/> | 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 |  |
|                  | (フリガナ)           |                    |  |  |  |  |  |  |                       |                          |    |                             |  |
|                  | 口座名義人            |                    |  |  |  |  |  |  |                       |                          |    |                             |  |

- 補助金の振り込みは、就労確認（申請様式第 2 号と第 3 号の提出確認）ができた翌月です。
- 振込口座は、申請者本人（研修修了者）名義の口座に限ります。
- 当該口座情報については、本補助金の振込み以外には使用しません。